

DOTAZIONE NECESSARIA AL MOMENTO DELL'INGRESSO:

- 1) I Sigg.ri Ospiti portatori di **protesi dentaria** devono dotarsi di apposito **contenitore con nome** e prodotti per la disinfezione (consegna mensile al Responsabile Sanitario del servizio).
 - 2) I Sigg.ri Ospiti di sesso maschile devono dotarsi, in via continuativa, di **rasoi monouso e schiuma da barba o di rasoi elettrici** debitamente etichettati con nome del proprietario.
 - 3) Gli ospiti, su richiesta del Direttore Sanitario, dovranno dotarsi periodicamente di **emollienti o idratanti**.
 - 4) **La biancheria e gli indumenti** personali degli ospiti devono essere **debitamente numerati** a loro cura al momento dell'ingresso nella ASP.
 - 5) Gli indumenti dovranno essere di pratica vestibilità (tute, pigiama).
Per gli **ospiti non autosufficienti si consigliano esclusivamente tute**.
 - 6) Le scarpe o le pantofole dovranno essere ben comode.
Si consiglia assolutamente di non calzare ciabatte.
 - 7) Gli ospiti che sono dotati al proprio domicilio di **sedie a rotelle o di girello o di sollevatore dovranno provvedere alla dislocazione degli stessi presso l'ASP**, apponendo su di essi il nome del proprietario, e se necessario dotarsi anche delle bretelle di contenimento.
 - 8) I Sigg.ri ospiti che utilizzano strisce o pannoloni mutandina debbono consegnare al momento dell'ingresso in ASP fotocopia dell'ultima bolla di consegna del presidio.
 - 9) Tutti i **farmaci** o altri presidi non mutuabili sono a **carico degli ospiti**.
 - 10) I Sigg.ri Ospiti, ammessi nel Reparto Infermeria debbono consegnare al momento dell'ingresso in ASP **n.03 bavaglioli grandi** debitamente numerati.
- =====

*Al Sig. Presidente della
A.S.P. Casa di Riposo e Pensionato "Imperia"
Via G. Agnesi n.25 - 18100 Imperia (IM)
Tel. 0183 293628 – Fax 0183 294951*

DOMANDA DI AMMISSIONE

Cognome _____

Nome _____

Reparto _____ CAM. N. _____

Data di prenotazione del posto letto _____

Documenti da allegare alla presente:

- Scheda medica (Mod. A 1)
- Fotocopia Carta di Identità
- Libretto Sanitario cartaceo in originale o fotocopia
- Tessera sanitaria europea (con codice a barre)
- Codice esenzione tiket
- Fotocopia del Verbale di Invalidità
- Fotocopia ultima bolla di consegna presidi (pannoloni o quant'altro)
- Prescrizione terapeutica in atto
- Cartella clinica con accertamenti diagnostici recenti
(è facoltà del Direttore Sanitario richiedere esami clinici aggiornati)

PROT. A. N. _____

DATA _____

Io sottoscritt

Nat..... a il

Stato Civile

Residente in

Via Tel. N.

Codice Fiscale

Titolo di Studio

CHIEDO DI ESSERE OSPITAT PRESSO L'ASP – Casa di Riposo e Pensionato “Imperia”

PER COMUNICAZIONI RIVOLGERSI A:

Residente in Via

Tel n. Tel n.

oppure a

Residente in Via

Tel n.

Tel n.

La retta di degenza per il Sig. _____
è pertanto così stabilita:

RETTA ALBERGHIERA

Ospite Autosufficiente (punteggio AGED inferiore a 5,5)

Camera singola € 1.695,00= mensili

Camera doppia € 1.415,00= mensili

Camera multipla € 1.355,00= mensili

RETTA SANITARIA

Ospite Parzialmente Autosufficiente (punteggio AGED da 06 a 10) € 500 - 700= mensili

Ospite Non Autosufficiente Parziale (punteggio AGED da 10,5 a 16) € 28,71= giornaliera

Ospite Non Autosufficiente Totale (punteggio AGED da 16,5) € 46,24= giornaliera

Si accetta l'attività pastorale SI NO

Dichiaro che i parenti tenuti agli alimenti ai sensi dell'art.433 del Codice Civile sono:

.....

.....

.....

come da “Contratto di Ospitalità” allegato alla presente.

DICHIARO DI ESSERE IN GRADO DI PAGARE LA RETTA MENSILE COSI' COME
PREVISTO DALL'ART.5 DEL REGOLAMENTO INTERNO.

Per accettazione _____